

## **INTERVENCIÓN Y MERCADO: REFORMA SANITARIA Y MEDICAMENTOS**



***Félix Lobo***

Catedrático de Economía Aplicada. Universidad Carlos III

Licenciado en Derecho y doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Madrid. Ha sido Catedrático de Economía Aplicada en la Universidad de Oviedo. Director General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo (1983-1988). Trabajó como economista de IBERPLAN, Sociedad de Estudios Económicos; como funcionario temporal del Centro Internacional de Estudios Industriales y consultor de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial en Viena; y como consultor de la OMS, de la Comisión de las Comunidades Europeas y del Banco Mundial. Se especializó en Economía Industrial y Economía de la salud en las Universidades de York (Inglaterra) y de California en Berkeley (EEUU). Ha publicado artículos en libros en colaboración con otros autores y en revistas profesionales de Economía y Sociología sobre estos temas y sobre Economía internacional. También ha impartido cursos sobre Economía de la salud y de los medicamentos y la Industria farmacéutica en diversas instituciones docentes. La Organización Mundial de la Salud le designó miembro de su Consejo de expertos en política y gestión del medicamento en 1987.

Si hubiera que buscar fórmulas autorizadas, breves y claras para expresar lo esencial de las reformas sanitarias en curso en los países de Europa recurriría a dos frases lapidarias. La primera es de Margaret Thatcher en la presentación del famoso libro blanco de la reforma sanitaria inglesa, y expresa la fortaleza del Estado del bienestar: «El Servicio Nacional de Salud continuará siendo accesible para todos, cualquiera que sea su renta, y seguirá financiándose con cargo a los impuestos generales» (Thatcher, 1989).

La segunda, escrita hace ya muchos años, es de Hayek y puede traslucir la orientación estratégica de las reformas del Estado del bienestar sanitario: «Hay una diferencia completa entre crear deliberadamente un sistema dentro del cual la competencia opere de la manera más beneficiosa posible y aceptar las instituciones tal como son» (Hayek, 1973).

La asistencia sanitaria ha sido objetivo privilegiado de la intervención estatal en los países con amplios servicios sociales. Históricamente surgió por razones de equidad (por ejemplo, en el caso del seguro de enfermedad bismarckiano para evitar la subversión del orden establecido). A ellas se unieron luego razones de eficiencia, con el argumento característico de los fallos del mercado. También hubo, curiosamente, justificaciones ligadas con la competitividad de la economía nacional, verbigracia en el Informe Beveridge. La resultante ha sido un compromiso del Estado con la asistencia sanitaria de enormes repercusiones y de una gran variedad.

Ya casi sólo en Estados Unidos predomina, y no totalmente, la visión de la asistencia sanitaria como un bien privado. En los demás países desarrollados parece que la consideración de la asistencia sanitaria como un bien público es irreversible, si atendemos a las palabras de la propia señora Thatcher. Dentro de esta consideración la distinción entre financiación y producción es fundamental. En Reino Unido, Italia, Suecia o España no sólo es pública la financiación, sino también la propiedad de los activos y el suministro de una parte fundamental de los servicios sanitarios. En Canadá, Alemania o Francia, en cambio, la financiación es pública o casi pública mientras que, al menos, una parte importante de la producción o suministro de los servicios corresponde al sector privado. Cabe organizar la financiación con cargo al fondo general de impuestos o con cargo a cotizaciones de seguridad social. Aunque de estas alternativas pueden derivarse algunas consecuencias distintas, en lo fundamental se cumple que la generalidad de la población está cubierta de riesgos de enfermedad, los cuales se compensan obligatoriamente en un grupo social muy amplio y no se presentan problemas de selección adversa en contra de quienes más necesitan del seguro y la asistencia, como puede ocurrir si la asignación se confía al mercado.

La consideración de la salud y la asistencia sanitaria como un bien privado que se financia, produce y distribuye por el mercado, y por consiguiente en función de la capacidad de pago, provoca problemas de equidad insoslayables. En EEUU, el país que más recursos dedica

326 a sanidad, existen unos treinta o treinta y cinco millones de personas sin seguro médico de ningún tipo, ni público ni privado.

Para el diseño de sistemas de salud en los años cincuenta y sesenta predominaron los modelos de planificación dirigista, mientras que los últimos años setenta y los ochenta fueron un período en el que el pensamiento dominante osciló hacia los modelos neoclásicos basados en el mercado. Para los años noventa, la cuestión es saber cuál será la síntesis. «Podríamos hablar de mercados planificados en los cuales se incorporan deliberadamente elementos propios del mercado a los sistemas planificados existentes para conseguir objetivos políticos específicos» (Saltman, Harrison y Von Otter). Esta es la idea del mercado «interno», «público» o «planificado» y de la competencia «dirigida» o «gestionada»: alcanzar simultáneamente los objetivos de eficiencia y equidad combinando las ventajas del mercado con las del Estado del bienestar.

Para ello se trata, por un lado, de hacer funcionar la competencia y mantener un sistema descentralizado de decisiones en los aspectos operativos de la prestación de servicios de asistencia sanitaria; por otro lado, se mantiene en manos públicas, además de la más amplia potestad legislativa y reglamentaria, la financiación pública con igualdad de acceso y trato en función de la necesidad de cuidados sanitarios y —en lo fundamental— la gratuidad en el momento del servicio.

El término, muy discutido, de mercado «interno» deriva de que su funcionamiento no supondría a los «ojos externos» de los consumidores un cambio de las características esenciales de los flujos financieros ni de los reales. El sistema se seguiría financiando con fondos públicos a los que contribuyen los ciudadanos según su capacidad de pago y con independencia del consumo personal que hagan de asistencia. La prestación de servicios se ajustaría a criterios de necesidad y no de disponibilidad de pago. Lo que cambia es la forma en que se organizan y gestionan, en el seno del sistema, tales flujos financieros y reales.

La idea de los mercados «internos» es independiente de la participación del sector privado, y desde luego, no tiene por qué significar «privatización», en el sentido de transferencias patrimoniales, abandono de responsabilidades por el Estado del bienestar, ni sustitución de la financiación pública con cargo a impuestos más o menos solidarios por el pago por quienes pueden pagar.

Las propuestas, iniciativas y experimentos que estamos comentando, aunque presenten los elementos comunes mencionados, no son uniformes, ni están cortados por el mismo patrón. Una tipología muy útil las clasifica según dos criterios:

- Participación del sector privado.
- Cuotas de poder decisorio atribuido a los enfermos o a los gestores.

En algunas reformas no se admite la participación de agentes privados en la producción y oferta de servicios, que queda reservada a entes públicos (Suecia, Finlandia), mientras que en otras sí se acepta esta participación (Reino Unido).

En relación con el segundo criterio ciertas experiencias insisten en la libertad de elección por los pacientes de los distintos servicios y anudan a sus decisiones la propia remuneración, la percepción de incentivos económicos e incluso asignaciones presupuestarias. En otras experiencias se insiste, en cambio, en el refuerzo de la capacidad decisoria de los gerentes nombrados por la Administración (Reino Unido). También hay fórmulas mixtas en las que la competencia descansa sobre las elecciones de los pacientes en el nivel de la asistencia primaria, mientras que para la asistencia especializada es el médico o el centro de atención primaria quien actúa como agente de compras. Esta fórmula encuentra inspiración en las Health Maintenance Organizations estadounidenses; en Suecia, alguna propuesta la ha concretado en la atribución a las unidades de atención primaria de responsabilidades sobre los presupuestos de los hospitales.

En diversos países, distintos analistas están destacando —en un reflujo seguramente necesario— las dificultades que las transformaciones de este tipo pueden encontrar. Tras el entusiasmo que provocan las ideas novedosas y sugerentes vuelve el realismo y se reconoce que no hay panaceas ni respuestas fáciles a los problemas complicados. En particular se recuerda que las imperfecciones de los mercados sanitarios también van a influir en el nuevo contexto y que los costes de administración emergentes (información y tiempo y capacidad de gerencia) no van a ser desdeñables.

Todas estas informaciones y reflexiones son interesantes en el plano doctrinal porque la adaptación de las estructuras planificadas del Estado del bienestar a las necesidades actuales es uno de los temas de nuestro tiempo y la propuesta de los mercados públicos es, por lo menos, atractiva. Pero, además, resulta que la Comisión Abril en su Informe (1991) hace de estas ideas una de las piedras angulares de sus propuestas de reforma del sistema sanitario español. «La introducción progresiva de la separación entre las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión permitiría una diferenciación nítida entre los principales actores del Sistema y el reconocimiento de sus respectivas responsabilidades y constituiría un requisito necesario para la mejora de la efectividad y eficiencia del conjunto...» «La Administración Central y los Gobiernos autónomos serían financiadores principales: las áreas de salud, “compradores” de servicios; los hospitales, centros de salud, médicos en equipo o, incluso, individualmente y oficinas de farmacia, proveedores y los usuarios, clientes...» «Este llamado “mercado interno” produciría un cierto estímulo competitivo entre las unidades de provisión de servicios (hospitales, centros de salud, etc.), que debería suscitar mejoras en la calidad y el coste de las prestaciones. Por otra parte, la

328 competencia proporcionaría al usuario un mayor margen de elección entre los proveedores».

Conviene también situar en un marco de referencia más amplio las propuestas de creación de «mercados internos» en los sistemas sanitarios. Una reciente polémica entre dos economistas españoles puede ayudarnos. Segura —en una línea congruente con las reformas que analizamos— ha afirmado que «... lo esencial es la competencia y no la titularidad privada o pública o el mercado libre o intervenido» (Segura, destacado en el original); «... la década de fin de siglo irá quizá hacia lo que Keith Cowling ha denominado, con expresión ambivalente y retadora, la planificación del mercado» (Segura, 1991, destacado en el original). Para Feito (1991) «ni la expresión ni la profecía nos asombrarán por su novedad precisamente, pues fatigan una vieja especulación que nació hacia la adolescencia del presente siglo... (es)... el eco del pensamiento... de la escuela de Oskar Lange»; es decir, del socialismo de mercado. Y cita a Kornai para dar una opinión contundente: «Según este principio, las compañías estatales deberían mantenerse como propiedad del Estado; pero, creando las condiciones adecuadas, estas compañías deberían actuar como si formaran parte del mercado... Deseo emplear palabras fuertes, desprovistas de todo adorno: la idea básica del socialismo de mercado sencillamente ha fracasado.»

Aunque «socialismo de mercado» y «mercados internos» no son términos equivalentes y tampoco se puedan equiparar las economías socialistas con elementos de mercado y las economías de mercado con elementos socialistas, no cabe duda de que estamos aquí ante una discusión de amplio alcance, histórico y teórico, respecto de la cual los economistas de la salud haríamos mal en mantenernos aislados.

### **Una aplicación a la industria farmacéutica**

La industria farmacéutica no es ni mucho menos estática, sino que está experimentando un proceso dinámico continuamente. De tal manera que no podemos mantener el análisis que hacíamos hace quince o veinte años sin alterarlo ante los nuevos datos y fenómenos que nos ofrece la realidad. Seguramente el elemento nuevo más interesante, que contrasta mucho con el pasado, es que, al menos en ciertos segmentos de ciertos mercados nacionales, pero nada despreciables en su cuantía, aparecen procesos de competencia con repercusión en los precios protagonizados por los medicamentos genéricos e impulsados decisivamente por medidas gubernamentales que afectan al marco institucional. Una industria que era el paradigma de las estructuras monopolísticas, ahora presenta procesos claramente caracterizables como competitivos que terminan en que los medicamentos genéricos tienen precios más bajos que los de marca y que además tienden a caer.

Por otro lado, también se está produciendo una aceleración de la rivalidad entre las empresas y de los gastos de investigación que

contribuyen a que se eleven los precios de los productos nuevos. En definitiva en ciertos países podemos ver una estructura doble, con segmentos competitivos y con segmentos monopolísticos. Este sería un factor que hay que tener muy en cuenta cuando examinamos el comportamiento del gasto.

En la medida en que en España no hemos sido capaces de crear las condiciones institucionales adecuadas para que se desarrollen submercados de medicamentos genéricos compitiendo en precios entre sí y con los de marca, y en la medida en que los productos con cierta antigüedad en el mercado tienen precios desfasados, el incentivo que predomina es desplazar todo el consumo hacia los productos más nuevos y de precios más altos, y nuestra factura farmacéutica resulta difícil de pagar.

Sin embargo, creo que existen algunas nuevas condiciones positivas para que en el sector farmacéutico se produzcan cambios congruentes con esas propuestas de reforma que resumía Vicente Ortún, recientemente, con «la suma» financiación pública + competencia gestionada.

En primer lugar, el cambio institucional básico ya se ha producido. La gran restricción que presentaba la Ley General de Seguridad Social ha desaparecido tras la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento, de tal manera que en el momento presente no hay una obligación para el sector público de financiar indiscriminadamente todos los productos y todos los servicios disponibles en el mercado. Con ello las relaciones con la industria farmacéutica y los farmacéuticos pueden ser más equilibradas y puede el sector público desempeñar su función de comprador activo de productos y servicios.

En segundo lugar, podemos aprender de la experiencia de otros países, especialmente de la experiencia de que alguna vez que otra se toman decisiones, cosa que aquí ocurre mucho más de tarde en tarde. En Reino Unido, Alemania, Francia, EEUU, Italia y Holanda el mercado farmacéutico está siendo profundamente reformado.

Creo también, en tercer término, que se puede apreciar un cierto cambio de mentalidad en quien está en primera línea en la asistencia, tanto especializada como primaria, en los hospitales, en los centros de salud, de tal manera que ciertas actuaciones a nivel microeconómico parecen ya perfectamente posibles en nuestro país y algunas de ellas cuentan con alguna experiencia.

En el marco de estas condiciones los criterios que deberían gobernar la reforma farmacéutica serían, a mi entender, los siguientes:

- a) La política desarrollada a nivel central definiría un ámbito de competencia y un ámbito de intervención para los precios de los medicamentos. Teniendo en cuenta que las patentes, cada vez más reforzadas, establecen al menos durante cierto tiempo

monopolios puros, es imprescindible continuar con las negociaciones Gobierno central-empresa farmacéutica pero limitadas a los productos realmente nuevos e importantes. El objeto de la negociación debería tener en cuenta no sólo los precios, sino las ventas o gasto por período. El margen comercial de los farmacéuticos debería sustituirse por un procedimiento de remuneración más eficiente.

El ámbito de competencia, sin intervención directa de precios, se integraría por los medicamentos con marca más antiguos, los medicamentos genéricos (adecuadamente promovidos), las compras de los hospitales y áreas de salud y otras compras públicas.

Para que sea posible la consolidación de este ámbito de competencia es imprescindible condicionar la financiación pública selectiva de los medicamentos, otorgándola sólo hasta el nivel de los productos o marcas más económicos disponibles en el mercado. Caben aquí dos fórmulas: limitación hasta un determinado techo, como se hace en Alemania; o bien, por medio de la sustitución por el farmacéutico del producto más caro por el más barato.

- b) Las actuaciones a nivel descentralizado, por el lado de la demanda, tienen que cobrar una importancia mucho mayor. No puede haber ámbito de competencia si los hospitales, áreas y centros de salud, médicos y farmacéuticos no cuentan con información e incentivos para comprar lo bueno y barato y desechar los productos dudosos o caros.

Estas actuaciones microeconómicas consistirían en difundir mucha más información (empezando por las DCI y la tipificación de formatos, siguiendo por la información *ex ante*, como listas de transparencia, guías farmacológicas y protocolos y siguiendo por la información *ex post*, como perfiles de prescripción y dispensación). También requiere aplicar presupuestos limitados para hospitales y áreas de salud y definir un sistema de incentivos para médicos y farmacéuticos.

Esta descentralización sería necesaria cualquiera que fuera la orientación que siguiera la reforma y, desde luego, si se adoptaran mecanismos de competencia gestionada. En todo caso, dado que estas reformas involucran a un conjunto amplio y variado de agentes, sólo van a dar frutos en un plazo largo. Todo arbitrismo que espere resultados en el corto plazo debe desecharse.

Como se ve, se trata de un programa de trabajo de gran alcance.